

**А. С. ДЖУМАГАЛИЕВА, Р. М. РАЕВА, И. А. ЖЕТПИСБАЕВА, Д. О. ЖОЛАМАНОВА,  
А. Ж. ТОЛҚЫНБЕК, Е. Е. СПАНОВА, Ж. Ж. ТОЙШЫБЕКОВА,  
С. К. НАЙЗАБЕКОВА, М. М. ЕРМАХАНОВА, В. В. ЛЯН**  
*Казахский Национальный Медицинский Университет имени  
С. Д. Асфендиярова  
Кафедра интернатуры и резидентуры по акушерству и гинекологии*

## **ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В ПРОБЛЕМЕ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.**

**(Обзор литературы)**

### **ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ КОНСЕРВАТИВНОЙ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

*В статье освещаются проблемы невынашивания беременности во всех странах мира. Проведен аналитический обзор литературных данных и современные подходы диагностики и лечения при истмико-цервикальной недостаточности. Поставлены цели и задачи их изучения. Определено приоритетное направление.*

**Ключевые слова:** истмико-цервикальная недостаточность, невынашивание беременности, преждевременные роды.

Важным показателем репродуктивного здоровья населения является невынашивание беременности, которое не имеет тенденции к снижению во всём мире. По данным анализа последних трёх лет невынашиванием заканчивается каждая десятая беременность, как результат высокой распространённости абортс ИППП, эндокринной патологии и т. д. [5]. Несмотря на существенный прогресс, достигнутый за последние десятилетия в области акушерства и гинекологии, проблема невынашивания беременности, по-прежнему, остается актуальной. По данным различных авторов, частота этой патологии колеблется от 5 до 42,7% и не имеет тенденции к снижению. Прямые репродуктивные потери от невынашивания беременности на Украине ежегодно насчитывают 36–40 тысяч нерождённых желанных детей [5, 7]. Возможность потери беременности после одного выкидыша составляет 13–17%, после двух – 36–38%, при привычном невынашивании – до 45% [2]. Дети, которые родились в 23–27 недель гестации, обуславливают до 50% перинатальной смертности [2,5]. По данным ВОЗ с 2007 года во всем мире начата регистрация преждевременных родов уже с 22 недель беременности.

Одним из основных направлений в поиске путей снижения репродуктивных потерь и улучшения здоровья матери и ребенка является профилактика самопроизвольного досрочного прерывания беременности, которое имеет не только медицинское, но и социальное значение.

Актуальность невынашивания беременности обусловлена тем, что недоношенные дети определяют уровень не только перинатальной заболеваемости и смертности, но также показатели младенческой смертности и инвалидности с детства.

Проблема несостоятельности шейки матки при беременности известна с 19-го века как причина 15–40% поздних самопроизвольных абортс и до 30% преждевременных родов [3, 7]. Но, диагноз «истмико-цервикальная недостаточность» далеко не всегда подтверждается при дальнейшем обследовании после беременности [6, 7].

Причины невынашивания беременности сложны и многообразны. При этом основной из них является истмико-цервикальная недостаточность, на долю которой приходится 30-40% всех поздних абортс и преждевременных родов [4, 5]. Частота данной патологии в популяции колеблется в широком диапазоне от 1,5% - 8,7% до 7,2% - 13,5% [10].

Истмико-цервикальная недостаточность – патологическое состояние перешейки и шейки матки, при этом они не способны противостоять внутриматочному давлению и удерживать увеличивающееся плодное яйцо в полости матки до своевременных родов.

В группу риска следует относить пациенток с травмами шейки матки в анамнезе, гиперандрогенией, пороками развития матки, дисплазией соединительной ткани, генитальным инфантилизмом, беременностью, наступившей после индукции овуляции гонадотропинами, многоплодной беременностью, повышенной нагрузкой на шейку матки во время беременности (многоплодие, многоводие, крупный плод)[7].

Наблюдающийся в настоящее время рост эндокринной патологии, многоплодия, дисплазий соединительной ткани и беременностей после ЭКО неизбежно приведет к увеличению частоты данной патологии. Среди множества причин, которые приводят к преждевременному прерыванию беременности во II–III триместрах, особую роль играет истмико-цервикальная недостаточность [4,6].

Существует множество факторов развития истмико-цервикальной недостаточности. Один из них – органические изменения шейки матки. Причинами таких изменений служат травматические повреждения шейки матки, связанные с родами крупным плодом, стремительными родами, а также родами с использованием акушерских щипцов; искусственным прерыванием беременности; диатермокоагуляцией шейки матки. Имеется предположение, что не меньше трети прервавшихся беременностей связаны с органической истмико-цервикальной недостаточностью [2].

Функциональная истмико-цервикальная недостаточность, обусловленная инфантилизмом, гормональной и плацентарной недостаточностью, как правило, развивается во время гестации. Развитие функциональной истмико-цервикальной недостаточности связано с нарушениями пропорционального соотношения мышечной и соединительной тканей матки, а также с изменениями реакции матки на нейрогуморальные раздражители [9].

В патогенезе преждевременного прерывания беременности при истмико-цервикальной недостаточности значительная роль отводится инфекционному фактору. При внутриутробном инфицировании имеется сложный комплекс патогенетических механизмов развития истмико-цервикальной недостаточности, связанных как с непосредственным действием инфекционного агента, так и с его последствиями (иммунологические, гормональные, сосудистые, обменно-метаболические нарушения) [4].

Следует отметить, что постановка точного диагноза «истмико-цервикальная недостаточность», по мнению ряда авторов возможна только при беременности, так как при этом существуют объективные условия для функциональной оценки состояния шейки матки и ее истмического отдела [3, 6, 7].

Диагноз истмико-цервикальная недостаточность во время беременности может быть установлен при осмотре шейки матки с помощью влагалищных зеркал и при влагалищном (пальцевом) исследовании. Выявляют сначала размягчение и укорочение шейки матки, позже – зияние наружного зева шейки матки и пролабирование плодного пузыря. У нерожавших женщин наружный зев может быть закрыт. В сомнительных случаях проводят ультразвуковое исследование матки.

В последние годы в качестве мониторинга за состоянием шейки матки при беременности применяют трансвагинальное эхографическое исследование. При этом для оценки состояния истмического отдела шейки матки и в прогностических целях следует учитывать следующие моменты: длина шейки матки, равная 3 см, является критической для угрозы прерывания беременности у первобеременных и у повторнобеременных при сроке менее 20 недель и требует интенсивного наблюдения за женщиной с отнесением ее в группу риска, у женщин с многоплодной беременностью до 28 недель нижнюю границу нормы составляет длина шейки матки, равная 3,7 см для первородящих и 4,5 см для повторнородящих (при трансвагинальном сканировании), у многорожавших женщин нормальная длина шейки

матки в 13–14 недель составляет 3,6–3,7 см без статистически достоверной разницы у здоровых женщин и пациенток с истмико-цервикальной недостаточностью. На истмико-цервикальную недостаточность указывает укорочение шейки матки в 17–20 недель до 2,9 см [11, 13].

При оценке информативности длины шейки матки необходимо учитывать способ ее измерения, поскольку результаты трансабдоминального ультразвукового исследования отличаются от результатов трансвагинального и превышают их в среднем на 0,5 см. Ширина шейки матки на уровне внутреннего зева в норме постепенно возрастает с 10 й по 36 ю неделю от 2,58 до 4,02 см. Прогностический признак угрозы прерывания беременности – снижение отношения длины шейки матки к ее диаметру на уровне внутреннего зева до  $1,16 \pm 0,04$  при норме  $1,53 \pm 0,03$ .

В настоящее время при ультразвуковом исследовании ряд авторов рекомендует проводить цервикальный стрессовый тест [13]. Цель данного теста – раннее выявление пациенток с высоким риском развития истмико-цервикальной недостаточности при проведении ультрасонографии.

Методика проведения – рукой оказывается умеренное давление на переднюю брюшную стенку по оси матки в направлении влагалища в течение

15	–	30	секунд.
----	---	----	---------

Положительный тест: уменьшение длины шейки матки на 2 и более мм, расширение внутреннего зева до 5 и более мм. Если трудно оценить клиническую ситуацию и диагноз неясен, предлагают во время УЗИ надавить на дно матки – если есть недостаточность шейки, то можно видеть при давлении расширение внутреннего зева.

В настоящее время разработаны различные методы оперативного лечения. Показаниями к операции являются наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей, преждевременных родов, а также прогрессирующая недостаточность шейки матки: ее дряблость, укорочение, увеличение зияния наружного зева или всего канала шейки матки.

Впервые вне беременности операцию на шейке матки по поводу истмико-цервикальной недостаточности предложил Lasha (1950). В настоящее время известно несколько модификаций метода Лаша [2].

Операцию по хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности во время беременности впервые применил на практике в 1955 г. Shirodkar. Сущность ее состояла в наложении циркулярного шва на шейку матки в области внутреннего зева после предварительного рассечения слизистой влагалища и смещения мочевого пузыря. Роды после такой операции были возможны только путем операции кесарева сечения [17].

В 1957 г. McDonald предложил наложение кيسетного шва без предварительного рассечения слизистой, концы нитей завязывались в переднем своде. Эффективность операции, по данным разных авторов, составила от 50 до 83, 2% [17].

В дальнейшем были предложены различные модификации способов наложения швов и виды шовных материалов, которые позволили повысить эффективность оперативного лечения во время беременности до 88, 8%. Чаще это были различные модификации кисетных швов: Hervet (1961 г.) предложил при наложении шва прокалывание слизистой в четырех местах; Baumgarten (1972 г.) — способ наложения циркулярного шва при истмико-цервикальной недостаточности.

В НЦАГИП наиболее широко используется предложенный в 1978 г. Любимовой А.И. и Мамедалиевой Н. М., двойной П-образный шов, накладываемый на область внутреннего зева. Шов имеет много преимуществ: мало травматичен, надежен, не вызывает повышение тонуса матки и сократительной активности, доступен для выполнения в обычном родовспомогательном учреждении, можно применять в случае пролабирования плодного пузыря. Эффективность лечения, по данным авторов, составляет около 94%.

По данным Любимовой А.И., оптимальными для оперативного лечения считаются сроки 10–16 недель, однако в каждом случае этот срок определяется индивидуально, в зависимости от времени возникновения клинических проявлений истмико-цервикальной недостаточности.

По данным Мамедалиевой Н. М., результаты микробиологического исследования показывают, что при хирургической коррекции истмико-цервикальной недостаточности после 20 недель (20–27 недель), а также при пролабировании плодного пузыря чаще высевается условно-патогенная флора по сравнению с оперированными в 11–16 недель.

Основываясь на результатах наблюдения многих авторов, можно сделать вывод, что с увеличением степени раскрытия маточного зева прогноз для вынашивания и состояния плода ухудшается. В связи с этим рекомендуется производить операцию при появлении начальных признаков истмико-цервикальной недостаточности и даже профилактически.

Как осложнение при хирургической коррекции могут быть инфицирование плодного яйца, инвазия патогенной флоры и распространение инфекции по волокнам нитей с развитием местного воспаления, излитие околоплодных вод, самопроизвольные выкидыши, несостоятельность шва (в связи с чем допускается повторное наложение швов), образование шеечных или шеечно-влагалищных свищей. Некоторые авторы указывают на высокую частоту патологии шейки матки в родах (дистоция, разрывы, ригидность), образование пролежней, поперечные и круговые отрывы шейки матки. Травматизм в родах достигает 46, 16% случаев.

Оригинальный метод реконструктивно-пластической операции на шейке матки предложен В.И. Ельцовым-Стрелковым (1979). Хирургическую операцию по поводу истмико-цервикальной недостаточности проводят при беременности [17].

Показаниями к хирургическому лечению являются наличие в анамнезе самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов (во II–III триместре беременности); прогрессирующая, по данным клинического обследования, недостаточность шейки матки: изменение консистенции, появление дряблости, укорочение, постепенное увеличение «зияния» наружного зева и всего канала шейки матки и раскрытие внутреннего зева.

Противопоказаниями к хирургическому лечению являются тяжелые формы заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, почек, инфекционные, психические и генетические заболевания; повышенная возбудимость матки, не исчезающая под действием медикаментозных средств; беременность, осложненная кровотечением; пороки развития плода, наличие неразвивающейся беременности по данным объективного исследования (УЗ-сканирование, результаты генетического обследования); III–IV степень чистоты влагалищной флоры и наличие патогенной флоры в отделяемом канала шейки матки. Следует отметить, что эктопия шейки матки не является противопоказанием к хирургической коррекции, если не выделяется патогенная микрофлора.

Хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности обычно осуществляется в период от 13 до 27 недель беременности. Срок проведения операции следует определять индивидуально в зависимости от времени возникновения клинических проявлений. Результаты микробиологических исследований показывают, что при хирургической коррекции позднее 20 недель, а также при пролабировании плодного пузыря в любом сроке беременности условно-патогенные микроорганизмы высеваются в большом количестве из канала шейки матки значительно чаще по сравнению с оперированными в 13–17 недель беременности.

С целью профилактики внутриматочной инфекции целесообразно проводить операцию в 13–17 недель, когда отсутствует значительное укорочение и раскрытие шейки матки. С увеличением срока беременности недостаточность «запирательной» функции истмуса ведет к механическому опусканию и пролабированию плодного пузыря. Это создает условия для инфицирования нижнего полюса его восходящим путем – из нижних отделов половых путей на фоне нарушения барьерной антимикробной функции содержимого канала шейки матки. Помимо этого, плодный пузырь, внедряясь в цервикальный канал, способствует дальнейшему его расширению. В связи с этим оперативное вмешательство в более поздние сроки беременности при выраженных клинических проявлениях истмико-цервикальной недостаточности менее эффективно.

Некоторые исследователи предлагают использовать катетер Фоллея, который наполняют 50 мл физиологического раствора, чтобы отодвинуть пролабированный пузырь, накладывают швы, а затем перед их затягиванием убирают катетер. Некоторые предлагают сделать амниоцентез и убрать некоторое количество околоплодных вод, чтобы уменьшить напряжение оболочек, а воды использовать для выяснения инфицирования[2,10].

Хирургические методы лечения имеют ряд осложнений. Наиболее частое осложнение после хирургической коррекции с использованием лавсановых, шелковых, капроновых швов – прорезывание тканей шейки матки нитью. Это возможно, во-первых, в том случае, если возникает сократительная активность матки, а швы не сняты; во-вторых, если технически операция выполнена неправильно и шейка матки перетянута швами; в-третьих, если ткань шейки матки поражена воспалительным процессом.

В этих случаях при наложении круговых швов по Макдональду возможно образование пролежней, а в дальнейшем свищей, поперечных или круговых отрывов шейки матки. При прорезывании П-образных швов разрыв шейки матки происходит в основном на задней губе, где швы пересекаются.

При невозможности повторной хирургической коррекции показана консервативная терапия, заключающаяся в длительном соблюдении постельного режима, назначении медикаментозных средств, направленных на снятие возбудимости матки. В последние годы описаны нехирургические методы коррекции. С этой целью применяют различные пессарии. Можно использовать кольцо Гольджи [2, 10].

Нехирургические методы имеют ряд преимуществ: они бескровны, чрезвычайно просты и применимы в амбулаторных условиях. Эти методы могут быть использованы: при функциональной истмико-цервикальной недостаточности; если наблюдается только размягчение и укорочение шейки матки, но канал шейки матки закрыт; при подозрении на истмико-цервикальную недостаточность, для профилактики раскрытия шейки матки. При выраженных проявлениях истмико-цервикальной недостаточности эти методы малоэффективны. Вместе с тем, кольцевидный пессарий и кольцо Гольджи можно использовать после зашивания шейки матки для уменьшения давления на шейку матки и профилактики более тяжелых последствий (свищи, разрывы шейки матки).

Хирургическую коррекцию истмико-цервикальной недостаточности осуществляли наложением цервикального серкляжа мерсиленовой лентой (Этикон) вместо традиционно используемого лавсана, который имеет негативное свойство глубоко врезаться в ткани шейки матки[9]. В отличие от лавсана мерсилен является достаточно эластичным, апирогенным и биологически инертным к тканям организма. Указанная методика хирургической коррекции шейечной недостаточности у беременных представляется наиболее простой в отношении техники выполнения и менее травматичной, поскольку не нарушает питания и иннервации шейки матки.

Данные литературы остаются спорными, целый ряд вопросов остаётся открытым, а диагноз «истмико-цервикальная недостаточность» является диагнозом исключения, или же выставляется ретроспективно и требует тщательного анализа при последующих беременностях. В то же время именно своевременная диагностика и рациональная этиотропная терапия с помощью медикаментозных и немедикаментозных средств, направленных на снятие симптомов угрозы прерывания, способствуют пролонгированию беременности и благоприятным перинатальным исходам. Трудно при этой патологии избежать преждевременных родов, так как они определяются не только истмико-цервикальной недостаточностью, но и степенью инфицирования, но можно пролонгировать беременность и получить более благоприятный исход беременности, предупредить невынашивание беременности и родить доношенного и здорового ребёнка.

Таким образом, использование информативных методов исследования, разработанных алгоритмов ведения и оптимизация реабилитационных мероприятий вне и во время беременности позволят снизить частоту самопроизвольных выкидышей, неразвивающихся беременностей, преждевременных родов, внутриутробной гибели плода, перинатальной заболеваемости и смертности и восстановить репродуктивную функцию у пациенток с невынашиванием в анамнезе.

На сегодняшний день проведено множество исследований и достигнуты большие успехи в диагностике и лечения истмико-цервикальной недостаточности. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что применение в современной акушерской практике среди различных методов лечения на сегодняшний день в Республике Казахстан наиболее приемлемым методом лечения истмико-цервикальной недостаточности является хирургический метод – наложения двух П-образных швов по методу Любимовой–Мамедалиевой, который имеет ряд преимуществ и эффективность лечения составляет 94 %.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 1. Библиогр.: Бодяжина В.И., Любимова А.И. и Розовский И.С. Привычный выкидыш, М., 2001, с.-136.
- 2 2. Васеленко В.В., Автореферат диссертации «Состояние шейки матки у беременных женщин с риском формирования истмико-цервикальной недостаточности и невынашивания беременности». – Киев, 2008. – С.18.
- 3 3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности, М., 2009, с.-290.
- 4 4. Теория и практика эндокринной гинекологии. Под ред. З.М. Дубоссарской. – Днепропетровск: ЛИРА, 2010, с.-460.
- 5 5. Дуда И.В., Силява В.Л. Анализ демографической ситуации и роль в ней родовспомогательной службы в Республике Беларусь. Пути улучшения репродуктивного здоровья женщины // Актуальные вопросы репродуктивного здоровья женщин: (Материалы республиканской научно-практической конференции акушеров-гинекологов и неонатологов)- Минск, 2001. – С. 5-12.
- 6 6. Кулаков В.И. Мурашко Л.Е. Преждевременные роды М.: Медицина, 2002.–с.-172
- 7 7. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды-тактика ведения с учетом сроков гестации // Журнал акушерства и женских болезней, 2002. – Вып.2. – С. 13-18.
- 8 (Kurog H.Nicolaides. Национальный центр медицинской статистики США (2004г)
- 9 Аракелян А.Г. Современные шовные материалы, или как врачу оперирующей специальности сделать оптимальный выбор шовного материала / Аракелян А.Г., Пак С.А., Тетера С.А. – Х., 2004. – С. 23.
- 10 Кошелева Н.Г. Современная тактика лечения и профилактики невынашивания беременности с учетом этиопатогенеза / Н.Г. Кошелева // Вестник Российской ассоциации акушеров и гинекологов. – 1996. – № 3. – С. 45-50.
- 11 Кравченко В.Н., Скицану В.Д. // Ультразвуковая диагностика. – 1996. – № 3. С.-54.
- 12 Мглоблишвили И.Б., Осидзе К.Р., Мглоблишвили М.Б. // Проблемы репродуктологии. – 2003. – № 3. – С. 43-48. 320.
- 13 Стрижаков А.Н. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике / Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. – М.: Медицина, 1990.
- 14 Dietz H.P. Mechanical properties of urogynecologic implant materials / Dietz H.P. [et al.] // Int. uro-gynecol. – 2003. – № 14. – P. 239-243.
- 15 Earth W.H. Cervical incompetence and cerclage / W.H. Earth // Clyn. Obstet. Gynecolog. – 2000. – P. 15-26.
- 16 Ludmir J., Sehdev H.M. // ClinObstetGynec. – 2000. – № 43;3. – P. 433-439.
- 17 Акушерство: национальное руководство / под ред. Э.К.Айламазяна., В.И.Кулакова., В.Е.Радзинского., Г.М.Савельевой., - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.- 1200 с. - (Серия "Национальные руководства")

**А. С. ДЖУМАГАЛИЕВА, Р. М. РАЕВА, И. А. ЖЕТПИСБАЕВА, Д. О. ЖОЛАМАНОВА,  
А. Ж. ТОЛҚЫНБЕК, Е. Е. ОСПАНОВА, Ж. Ж. ТОЙШЫБЕКОВА, С. К. НАЙЗАБЕКОВА, М. М. ЕРМАХАНОВА, В. В. ЛЯН**  
ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬДІ ЖЕТІСПЕУШІЛІКТІ КОНСЕРВАТИВТІ ЖӘНЕ ХИРУРГИЯЛЫҚ ЖОЛМЕН КОРРЕКЦИЯЛАҒАНДА ЖҮКТІЛІКТІҢ АҒЫМЫ  
МЕН НӘТИЖЕСІ

**Түйін:** Мақалада әлем мемлекеттерінде жүктілікті көтереалмаушылық мәселесі қарастырылған. Истмико-цервикальді жетіспеушілік кезіндегі емдеу және диагностикаға заманауи көзқарас пен әдеби деректерді аналитикалық шолу жүргізілген. Оларды зерттеудің мақсаты мен міндеттері қойылған. Приоритетті бағыт анықталған.

**Түйінді сөздер:** истмико-цервикальді жетіспеушілік, жүктілікті көтереалмаушылық, мезгілінен бұрын босану.

**A. S. JUMAGALIYEVA., R. M. RAYEVA., I. A. ZHETPISBAYEVA.,  
D.O.ZHOLAMANOVA, A.ZH.TOLKYNBEK, E.E.OSPANOVA, ZH.ZH.TOISHIBEKOVA, S.K.NAIZABEKOVA,  
M. M. ERMAHANOVA., V. V. LIANG**  
THE COURSE AND OOUTCOME OF PREGNANCY IN CONSERVATIVE AND SURGICAL CORRECTION CERVICAL INCOMPETENCE

**Resume:** The paper highlights the problem of miscarriage in all countries of the world. Analytical review of published data and current approaches in diagnosis and treatment of Cervical incompetence were made. Goals and objectives of their studies had been set. The primary direction had been defined.

**Keywords:** Cervical incompetence, miscarriage, premature birth.

Справка

1. Джумагалиева Асель Саматовна, врач-резидент акушер-гинеколог.  
E – mail: [assel\\_160686@mail.ru](mailto:assel_160686@mail.ru)  
Адрес: Медеуский район, Кунаева 15-4  
Дом.тел: 2711751  
Сот.тел:87011777731  
87052749933
2. Раева Роза Мамыровна, к.м.н. ассистент кафедры интернатуры и резидентуры по акушерству и гинекологии
3. Жетписбаева Индира Армановна, врач-резидент акушер-гинеколог.  
E – mail: [indira.kukusheva@mail.ru](mailto:indira.kukusheva@mail.ru)  
Адрес: ул.Вахтанкова 19, кв.32  
Сот.тел:87016009310
4. Жоламанова Дана Оразбаевна, врач-интерн акушер-гинеколог.  
E – mail: [dan\\_409@mail.ru](mailto:dan_409@mail.ru)  
Адрес: мкр.Тастак, дом 25, кв 8  
Сот.тел:87071780487
5. Толкынбек Акмарал Жұмабекқызы, врач-интерн акушер-гинеколог.  
E – mail: [akmosha\\_akma@mail.ru](mailto:akmosha_akma@mail.ru)  
Адрес: Ауезовский район, мкр.Таугуль, дом 20, кв.58  
Дом.тел: 3987425  
Сот.тел: 87016057589  
87071168102
6. Оспанова Енлик Ерболатовна, врач-интерн акушер-гинеколог.  
E – mail: [enlik\\_ospanova@mail.ru](mailto:enlik_ospanova@mail.ru)  
Адрес: Енбекшиказахский район, с.Байтерек,уч.Рубин 24  
Сот.тел:87078255562
7. Тойшыбекова Жазира Жаркынбековна, врач-интерн акушер-гинеколог.  
E – mail: [zhar.89@mail.ru](mailto:zhar.89@mail.ru)  
Адрес: Спортивный 12, дом 15  
Сот.тел:87024898919
8. Найзабекова Сауле Куттибаевна, врач-интерн акушер-гинеколог.  
E – mail: [sayle87kz@mail.ru](mailto:sayle87kz@mail.ru)  
Адрес: ул.Ташкентский Куратова  
Сот.тел: 87789587505
9. Ермаханова Мадина Муратовна, врач-интерн акушер-гинеколог 1-го года.  
E – mail: [madine@yandex.ru](mailto:madine@yandex.ru)  
Адрес: Алмалинский район, Толе би 24-521  
Сот.тел: 87015000552
10. Лян Венера Вячеславна, врач-интерн акушер-гинеколог 1-го года  
E – mail: [bohemia1990@mail.ru](mailto:bohemia1990@mail.ru)  
Адрес: мкр.6, ул.Абая 3Б, кв.18  
Дом.тел: 2681873  
Сот.тел: 87023251046